附件 3

法 人 授 权 书

江苏省医疗保障局:

本授权书声明：注册于＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（公司地址)的＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（公司名称)的＿＿＿＿＿（法定代表人姓名、职务）代表本公司委托＿＿＿＿＿（被委托人的姓名、职务）为公司的合法代理人，代表本公司办理国家组织药品集中采购药品续约供应的相关事宜。在此承诺对与之产生的一切后果负责。

本授权书于＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日生效，特此声明。

授 权 人（法定代表人）签字:＿＿＿＿＿＿＿＿ 。

被授权人（ 代 理 人 ）签字:＿＿＿＿＿＿＿＿ 。

企业名称（盖章）:

签署日期:＿＿＿＿年＿＿月＿＿日； 联系电话:＿＿＿＿＿＿＿＿。

法定代表人 居民身份证复印件粘贴处	被授权人 居民身份证复印件粘贴处